

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 307

Travail de la Clinique du Professeur TIXIER

Les accidents douloureux
des péroniers latéraux
en relation avec le développement exubérant
du tubercule externe du calcaneum

(Crête de séparation des péroniers)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 10 Mars 1931

PAR

Georges ANAMATÉROS

Né le 15 Novembre 1905 à NAXOS (Grèce)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

**Les accidents douloureux des PÉRONIERS LATÉRAUX
en relation avec le développement exubérant
du TUBERCULE EXTERNE du CALCANEUM**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 307

Travail de la Clinique du Professeur TIXIER

Les accidents douloureux
des péroniers latéraux
en relation avec le développement exubérant
du tubercule externe du calcaneum
(Crête de séparation des péroniers)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 10 Mars 1931

PAR

Georges ANAMATÉROS

Né le 15 Novembre 1905 à NAXOS (Grèce)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE
Assesseur M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
	TIXIER
	BERARD
	VORON
	ROLLET
	NICOLAS
	LEPINE (J.)
	MOURIQUAND
	VILLARD
	COLLET
	GAYET
	NOVE-JOSSERAND
	CLUZET
	FLORENCE
	MOREL
	BRETIN
	GUIART
	LATARJET
	POLICARD
	DOYON
	VALLAS
	FROMENT
	CADE
	FAVRE
	PATEL
	ARLOING (F.)
	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P)
	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.



EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. TIXIER, président ; BONNET, assesseur ;
SANTY et POLLOSSON, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES FRÈRES

A MA MÈRE

Sa vie n'est qu'une longue succession de sacrifices consentis pour ses enfants.

Je lui exprime ma gratitude éternelle et l'assurance de ma filiale tendresse.

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

Notre enfance commune me rend leur affection très chère.

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER
Professeur de Clinique chirurgicale
Officier de la Légion d'honneur
Membre associé de l'Académie de Médecine

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.

Nous nous souviendrons toujours de
son enseignement clair et précis, que
nous avons suivi pendant les deux der-
nières années de nos études.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hom-
mage de notre profonde reconnais-
sance et de nos sentiments respec-
tueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL BONNET

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse. C'est avec une grande amabilité qu'il nous a accueilli dans son service pour nous fournir de nombreux documents et nous prodiguer ses précieux conseils au cours de la rédaction de ce travail, qui lui revient en entier.

Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude et de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. POLLOSSON

C'est un devoir que nous nous faisons de lui exprimer ici notre reconnaissance pour l'aide qu'il nous apporta. Nous garderons de lui un charmant souvenir.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GALLOIS
Chef de travaux pratiques d'Anatomie

Respectueuse reconnaissance pour le
bon accueil que nous avons trouvé en
lui.

A MONSIEUR LE DOCTEUR NOEL CONTAMIN

Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de nos remerciements et de
notre hommage respectueux.

A MES JUGES

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE LYON

Les accidents douloureux des PÉRONIERS LATÉRAUX
en relation avec le développement exubérant
du TUBERCULE EXTERNE du CALCANEUM

Introduction

A la séance de la Société de Chirurgie de Lyon du 12 février dernier, des observations ont été apportées successivement par le Professeur Agrégé P. Bonnet et le Professeur Agrégé E. Pollosson, qui mettent en relief le rôle pathologique du tubercule externe du calcaneum.

On peut observer du côté des tendons péroniers latéraux, des phénomènes douloureux en apparence inexplicables. Ils sont la dépendance des troubles mécaniques apportés par un tubercule externe du calcaneum exubérant.

Nous avons, sous l'inspiration du Professeur Agrégé P. Bonnet, groupé ces observations si caractéristiques et nous présentons notre travail comme la conclusion des idées échangées dans la clinique du Professeur Tixier sur ce rôle pathologique du tubercule externe, qui ne paraît pas avoir jusqu'ici préoccupé les chirurgiens.

Le tubercule externe du calcaneum

Anatomie

En 1747, Albinus, dans ses *tabulæ sceleti et musculorum corporis humani*, éditées à Lyon, figure sur le calcaneum la saillie à laquelle on devait donner plus tard, en France, le nom de *tubercule externe du calcaneum* ou *crête péronière* (fig. 1).

En Allemagne, au terme de *Crista calcaneï* employé par M.-G. Weber en 1845, Hyrtl, en 1860, substitue l'appellation de *processus trochlearis infra-malleolaris calcaneï*, qui a l'avantage, selon nous, de souligner à la fois ses relations avec la coulisse des tendons péroniers et ses rapports avec la malléole externe. Les Anglais le désignent sous le terme de *péronéal tubercle* (ridge, spine) ; les Italiens, sous celui de *tuberculo latérale*. C'est encore le *Crista peronea* de Krause ; le *processus péronier* du calcaneum de Mouchet et Moutier.

Cette profusion d'appellations engendre la confusion d'autant que le terme de *processus peroneus* est employé par Weidenreich, pour désigner une autre proéminence, et que l'on a décrit en avant et en arrière du tubercule externe des saillies accessoires.

Si nous ne craignons d'ajouter encore à la confusion des termes, nous proposerions celui de *crête de séparation des péroniers*, pour marquer, de façon plus précise, sa situation anatomique.

Rien n'est plus variable en effet que la disposition des saillies, éminences, crêtes et tubercules, à la face externe du calcaneum.

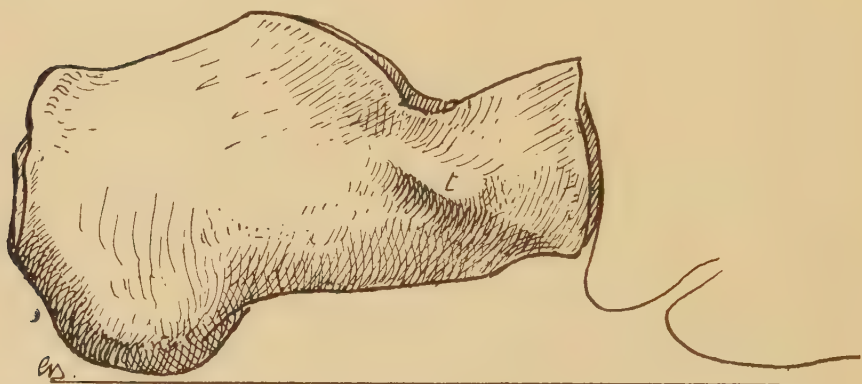


FIG. 1. -- Le calcaneum à l'état sec.
t. Le tubercule externe.

Ce qu'il faut savoir, c'est qu'il existe, à la face externe de cet os, au niveau de son tiers antérieur, la gorge jumellée de la coulisse ostéo-fibreuse des tendons péroniers. Au point où ces tendons se séparent, le court péronier, pour se porter directement vers la tubérosité du cinquième métatarsien, le long péronier, pour se réfléchir vers la plante, entre les deux gorges, l'os se surélève plus ou moins. C'est là le tubercule externe du calcaneum (fig. 2), tantôt simple relief, élevation informe, tantôt crête saillante et aiguë, tantôt véritable sierra formée de crêtes successives

qui se prolongent jusqu'au point où le long péronier disparaît à la plante, tantôt tubercule massif, épais, saillant (fig. 4). En outre, si les gorges sont nettement diminuées, le rebord osseux qui les limite en avant et



FIG. 2. — Les rapports du tubercule avec la gaine des tendons péroniers.

en arrière est plus ou moins marqué. Mais, il ne mérite pas la description d'éminences ou de tubercules accessoires que l'on a multipliés.

Nous renvoyons aux articles d'anatomie pure, et en particulier à celui d'œrtel, qui s'étend complai-

samment sur la morphologie du tubercule externe. Là n'est pas l'intérêt.

Ce qui importe, c'est qu'il fait partie intégrante de la coulisse ostéofibreuse des tendons péroniers. C'est la poulie sous laquelle se réfléchit le tendon du long péronier latéral, pour gagner la plante ; c'est la gargouille sur laquelle repose le tendon du court péronier latéral, après qu'il s'est réfléchi sous la poulie de la malléole péronière.

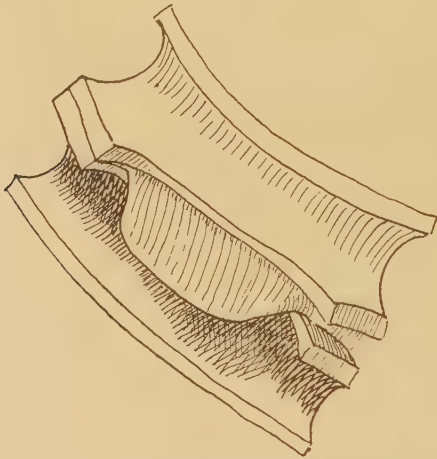
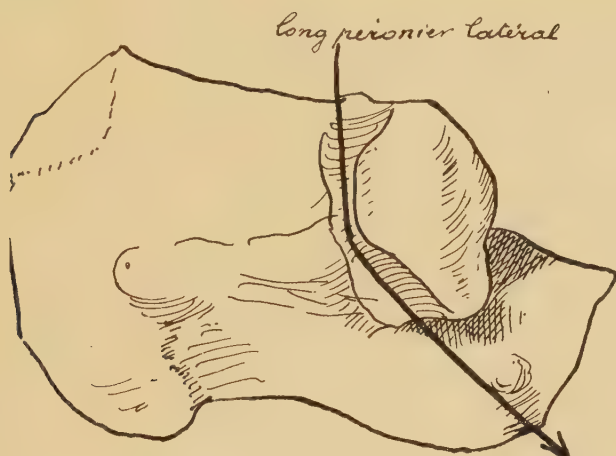


FIG. 3. — La partie cartilagineuse du tubercule insinuée entre les gaines des péroniers.

Sur l'os frais, on ne peut se méprendre sur la signification de ce tubercule et ses relations avec le fonctionnement même des tendons péroniers, car il est banal de voir le tubercule se prolonger entre les deux coulisses sous forme d'un ergot cartilagineux mince, tranchant, qui s'insinue entre les parois des deux coulisses. C'est la borne qui, à la fourche de deux routes,

indique la direction que suivront les tendons divergents (fig. 3).



Si, au lieu d'étudier le tubercule sur un calcaneum isolé, nous l'observons dans ses rapports d'ensemble, sur un pied dont les tendons péroniers ont été pré-

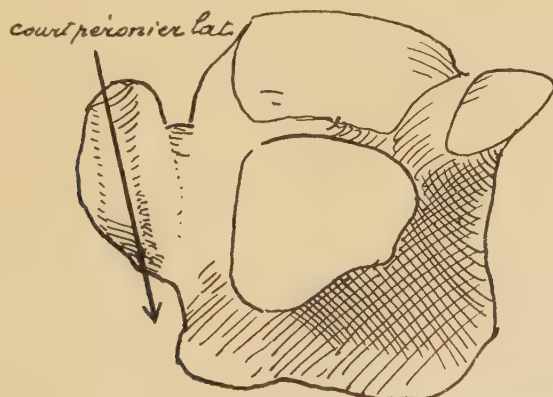


FIG. 4. — Volumineuse apophyse trochléaire
du calcaneum (d'après CLAP)

parés, on se rend compte que ce tubercule est placé là en réponse à la malléole péronière.

Il est bien le *processus inframalleolaris* de Hyrtl.

Le tendon du court péronier latéral ne quitte la gouttière rétromalléolaire sous laquelle il se réfléchit, que pour aborder le tubercule externe qui est la gargouille sur laquelle il repose.

Ces deux gorges de poulie sont en quelque sorte couplées. Appartenant à des os différents, elles sont mobiles l'une par rapport à l'autre. Dans les conditions de fonctionnement normal, elles permettent, de l'une à l'autre, le libre jeu du tendon. Nous verrons que ces deux poulies peuvent basculer l'une sur l'autre, prendre du jeu, s'accoupler mal. C'est le tendon qui en souffrira.

Symptomatologie

Les symptômes sont caractéristiques: un adulte ou une personne âgée, obligée à la station debout prolongée, se plaint de phénomènes douloureux du côté du pied.

La *douleur* siège à la face externe du pied, et s'accompagne d'élancements dans la région rétro-malléolaire, qui se prolongent en haut jusqu'au mollet, donnant la sensation d'une corde douloureuse.

D'abord, simple sensation de lassitude, plus marquée le soir ; après une journée de travail, elle peut devenir aiguë au point d'entraver le sommeil.

L'examen révèle :

a) L'existence, au moment des poussées aiguës seulement, d'une tuméfaction de la gaine des péroniers toujours modérée.

b) La palpation provoque de la douleur:

A la pression en arrière de la malléole péronière ;

A la pression sur le trajet précis du cours péronier latéral jusqu'au niveau de son insertion sur le 5° métatarsien.

A la pression sur le trajet du long péronier latéral,

parfois jusqu'au niveau de ses insertions planaires au 1^{er} métatarsien.

Le maximum de douleur siège au-dessous et en avant de la malléole péronière.

La douleur, modérée en position de varus du talon, est exagérée par la mise en valgus du talon. D'autant plus vive que le mouvement est plus brusque elle peut aller jusqu'à la tendance syncopale.

Dans certains cas, la mise en supination forcée, surtout combinée à l'équinisme exagère la douleur sur le trajet du cours péronier.

c) On perçoit à la palpation l'existence d'un tubercule externe exubérant situé au-dessous et en avant de la malléole péronière.

Le valgus du talon paraît resserrer les bords saillants de la gouttière malléolo-trochléaire.

La réunion de ces symptômes évoque l'hypothèse d'un coincement du court péronier latéral dans les mors de la pince malléolo-trochléaires. Elle ne suffit pas à en assurer le diagnostic.

Celui-ci commence à s'affirmer par la connaissance des antécédents :

On retrouve, semble-t-il, de façon constante dans les antécédents du malade l'existence d'un épisode caractéristique d'un *pied plat valgus douloureux de l'adolescence*.

Pathogénie des troubles douloureux

Il semble possible de donner une explication plausible des troubles douloureux :

La douleur est due essentiellement au coincement mécanique du court péronier latéral dans la gouttière malléolo-trochléaire et à l'irritation de sa gaine synoviale.

Le rétrécissement de la gouttière malléolo-trochléaire est une réalité. Il suffit de regarder les radiographies que nous présentons pour avoir l'impression visuelle que le tendon du court péronier latéral est à l'étroit, et on dirait que dans la position de valgus il doit se trouver serré, comme dans les mors d'une pince à bec de perroquet, qui se referment sur lui (fig. 5 et 6).

Les constatations anatomiques que l'on peut lire dans l'observation du Professeur Agrégé E. Pollosson, le montrent de toute évidence : le tendon du court péronier était en quelque sorte laminé, aminci sur l'un des côtés jusqu'à l'épaisseur d'une feuille de papier et la languette ainsi laminée formait comme un drapeau dont le tendon représentait la hampe.

Le coincement du tendon du court péronier latéral donne l'explication de tous les symptômes observés :

La douleur siège sur le trajet exact du court péronier

latéral — et son maximum se trouve au-dessous et en avant de la malléole péronière. La mise en valgus du pied exagère la douleur.

Dans certains cas la mise en supination du pied exagère un peu la douleur comme si le tendon du court péronier qui se réfléchit sur la gargouille du tubercule se trouvait tirailé, à la manière des nerfs du plexus brachial sont tirillés sur la gargouille des apophyses transverses.



Fig. 5. — Radiographie (décalque)
en position de varus du talon.

Dans les cas aigus l'irritation aboutit à un processus de synovite qui fait que le tendon du long péronier latéral participe aux phénomènes douloureux, dus à l'inflammation de la gaine commune.

Quant à la cause même du développement exubérant du processus trochléaire nous échappe-t-elle complètement, comme on serait tenté de le croire à priori ?

Le tubercule externe du calcaneum représente-t-il un os surnuméraire en état de régression, sorte de calcaneum accessoire suivant la conception de Pfitzner ?

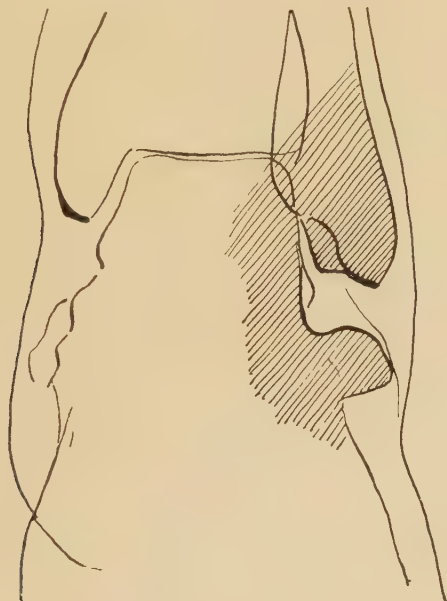


Fig. 6. — Radiographie (détaché)
en position de valgus du talon.

On voit le resserrement de l'espace malléolo-trochléaire.

Nous pensons plutôt qu'il représente une saillie osseuse normale, dont le développement est essentiellement lié au jeu fonctionnel des tendons péroniers et l'on peut se demander de façon très légitime si le tubercule exubérant ne répond pas à une altération dans le jeu fonctionnel des tendons péroniers latéraux et

s'il ne doit pas être considéré comme un *aboutissant anatomique du pied plat valgus douloureux de l'adolescence* ?

On peut invoquer à l'appui de cette hypothèse des raisons d'ordre anatomique et d'ordre clinique.

a) Au point de vue anatomique, de l'avis de ceux qui comme Laidlaw, Weidenreich, Oertel, se sont attachés à cette question, le tubercule externe du calcaneum, processus trochléaire de Hyrtl, est en relation directe avec le tendon du long péronier latéral et son fonctionnement. « Sur toute l'étendue de surface où le tendon du long péronier latéral cotoie de près le calcaneum, il y a, parallèlement, un processus trochléaire bordant le sillon de glissement du tendon » (Oertel).

b) Et peut-être les conditions anormales de fonctionnement du tendon modifient-elles la forme, le volume du processus trochléaire ? Dans une observation de pied varus, Hyrtl aurait observé un processus trochléaire particulièrement développé et épais, comme si le long péronier avait besoin, pour s'accommoder à cette disposition, de se réfléchir sous une poulie particulièrement renforcée.

On peut se demander si, dans le pied plat valgus douloureux de l'adolescence où la contracture par impotence du long péronier latéral (signe de Duchêne de Boulogne) est un fait habituel, le processus trochléaire, poulie de réflexion du tendon, n'est pas susceptible de s'adapter à son fonctionnement exagéré et, par suite, de s'hypertrophier.

Il serait intéressant de vérifier ce point sur des radiographies de pied plat en évolution ou sur des pieds plats invétérés.

Diagnostic

Il faut bien se garder d'attribuer à la présence d'un tubercule externe exubérant tous les phénomènes douloureux que l'on peut observer au niveau des tendons péroniers.

Lésion exceptionnelle, elle ne peut faire l'objet que d'un diagnostic d'exception. Une fois éliminées toutes les lésions pathologiques des gaines parmi lesquelles la tuberculose tient la première place, on n'est en droit de soupçonner l'origine possible des accidents dans la présence anormale d'un tubercule exubérant que lorsque la palpation aura fait reconnaître l'existence de ce tubercule et que le symptôme pathognomonique : la douleur provoquée par la mise en valgus du talon aura été constaté.

C'est alors la radiographie qui permettra de soupçonner, peut-être d'affirmer que le tubercule externe est bien la cause des accidents.

Une radiographie de profil est toujours indispensable, pour permettre d'éliminer les autres causes d'ostéite ou d'arthrite. Mais c'est la radiographie de face qui seule peut mettre en évidence le tubercule externe.

Celle-ci révélera non seulement l'existence d'un tu-

bercule exubérant mais surtout le rétrécissement de la gouttière malléolo-trochléaire.

La radiographie doit être prise dans les deux positions successives de varus et de valgus du talon, de façon à permettre d'apprécier dans quelle mesure la station debout, qui exagère le valgus, peut influencer sur le rétrécissement de la gouttière.

Jusqu'à un certain point, dans les cas du tubercule monstrueux, comme celui présenté par Clap, la radiographie servira d'indication dans la technique opératoire en montrant le contour de la gorge, terminée par l'empreinte des tendons court et long péronier latéral.

Traitement

C'est presque toujours à l'occasion d'accidents aigus que le malade se soumet à l'examen. Ces accidents paraissent être en relation avec une poussée de synovite des péroniers.

Un seul traitement est de mise à la phase de synovite : le repos. L'immobilisation du pied dans un appareil plâtré remontant au haut de la jambe peut trouver son indication formelle à ce moment. Prolongée pendant une quinzaine de jours, elle amènera la cédation complète des phénomènes douloureux.

Elle constitue le traitement préparatoire dont on ne saurait se dispenser sans risque à toute intervention chirurgicale.

Dans les cas moins aigus, où la gaine des péroniers ne présente pas de tuméfaction, le port d'une semelle de Withnam, d'un perfect support peut suffire à amener un soulagement presque immédiat, comme ce fut le cas dans l'observation du Professeur Agrégé P. Bonnet. Il doit toujours être conseillé, et il semble bien que dans la plupart des cas il suffira à amener la disparition définitive de la douleur.

L'intervention chirurgicale sera réservée aux cas rebelles, que le port d'un perfect support, puis un essai loyal d'immobilisation n'auront pas suffi à soulager.

Elle se proposera la résection du tubercule à sa base, son abrasion.

Il ne faut pas se dissimuler que c'est une opération délicate. Elle expose ou conduit à ouvrir des gaines synoviales qui sont le siège d'une inflammation torpide. En outre, il semble qu'il ne doit pas être exceptionnel de rencontrer à la surface du tubercule une bourse séreuse. Les frictions, les applications médicamenteuses, les massages qui, trop souvent, auront précédé l'acte opératoire peuvent être responsables de poussées latentes de lymphangite, d'une bursite, susceptible de devenir du fait de l'opération, une cause de suppuration.

C'est pourquoi l'acte opératoire ne doit avoir lieu qu'après une période d'une dizaine de jours d'immobilisation rigoureuse qui met au repos les gaines et protège les téguments.

Nous avons dit qu'une radiographie peut utilement renseigner sur la situation exacte des gaines synoviales.

L'abrasion du tubercule ne comporte en soi, pas de difficulté :

Incision cutanée parallèle à la direction des tendons, au point où le tubercule fait saillie ;

Incision du périoste sur la crête saillante du tubercule, évitant d'intéresser les gaines synoviales ;

Rugination jusqu'à la base ;

Abrasion à la pince-gouge, par morcellement si le tubercule est volumineux ; sont les temps essentiels de l'acte opératoire.

L'opération doit être suivie d'une immobilisation rigoureuse en appareil plâtré pendant au moins une semaine.

Observations

OBSERVATION I

(P. BONNET, *Soc. Chir. Lyon*, 12 févr. 1921.)

Femme de 56 ans, cuisinière.

Cette malade a été opérée le 13 septembre 1928 d'une volumineuse tumeur de l'ovaire. L'examen histologique ayant affirmé qu'il s'agit d'un séminome, la malade est soumise à une surveillance régulière.

Au cours d'une de ces visites de contrôle, le 13 novembre 1929, la malade manifeste le souci qu'elle a d'être obligée d'abandonner sa profession de cuisinière parce qu'elle ne peut plus supporter la station debout.

Le soir, elle souffre des deux pieds, du gauche surtout, au point d'avoir des nuits d'insomnie.

A l'examen, je constatai d'abord la présence, en avant de la malléole péronière, d'une tuméfaction mollassse, sorte de bourse séreuse tomenteuse à la palpation, analogue à ce que notre ami regretté Duvernay appelle la cellulite préperonière.

Il existe les signes nets d'une synovite des péroniers latéraux, avec tuméfaction apparente, mais modérée, de la gaine des péroniers.

La pression sur la gaine commune réveille une douleur vive, irradiée au mollet, où elle provoque une sensation de corde douloureuse.

Au niveau du court péronier latéral la douleur s'étend à toute la gaine, depuis la région rétropéronière jusqu'à l'in-

sersion au 5^e métatarsien. Elle a son maximum au-dessous et en avant de la malléole péronière.

Au niveau du long péronier latéral, la douleur est un peu moins vive, mais s'étend également jusqu'à l'insertion plantaire au 1^{er} métatarsien. C'est nettement une douleur de synovite.

Par ailleurs se perçoit un tubercule externe du calcanéum tellement saillant, que je suis tenté de lui attribuer la cause des phénomènes douloureux, car j'ai l'impression que le tendon du court péronier latéral est coincé entre la malléole et le tubercule.

En manière de contrôle le pied est placé successivement en varus et en valgus.

Le varus ne modifie pas la douleur ; le valgus du talon provoque une douleur vive sous la malléole, avec irradiation au mollet.

La mise en supination combinée à l'équinisme du pied provoque la douleur sur le trajet du court péronier latéral.

La radiographie pratiquée dans les deux positions de varus et de valgus du talon montrè (fig. 5 et 6) de façon très nette que le valgus du talon rétrécit la gouttière malléolo-trochléaire.

Je dois dire que les manœuvres de cet examen, puis celles que nécessita la radiographie exagérèrent tellement la douleur que la malade dut garder le repos pendant deux ou trois jours.

L'interrogatoire révéla dans le passé de la malade l'histoire clinique très nette d'un pied plat valgus-douloureux, à l'âge de 12 ans, pour lequel la malade avait dû garder le repos pendant un mois.

Je conseillai à la malade, comme traitement préliminaire, le port d'une semelle de Whitman (en l'espèce un perfect support). Il se trouva que la malade fut tellement soulagée, après deux ou trois jours, qu'elle a pu continuer sa profession de cuisinière. Elle fait actuellement la cuisine pour 60 personnes.



OBSERVATION II

(Prof. Agr. E. Pollosson, *Soc. de Ch.*, 12 févr. 1931.)

Jeune fille de 22 ans, entre dans le service du Professeur Tixier, le 19 janvier 1929, pour des douleurs au niveau du cou-de-pied droit, dont la malade fait remonter l'origine à un traumatisme vague survenu il y a six mois.

Antécédents : La mère de la malade a eu une pleurésie. Personnellement, la malade ne présente pas d'antécédents bacillaires.

Il y a trois ans, la malade fit une chute dans laquelle elle eut le pied pris sous elle. Elle ressentit une vive douleur, mais put se relever et faire quelques pas.

Pendant quelques jours la douleur persista, assez vive, sans qu'il y ait eu ni ecchymose, ni tuméfaction.

Par la suite la malade conserva une instabilité dans l'appui du pied sur le sol. Le pied se tordait en dehors, les chaussures en portaient la marque et la malade se résolut à porter des talons plats et larges.

Depuis six mois les douleurs ont reparu. Cette fois avec un siège précis, sous la malléole externe. La douleur est irradiée dans le mollet. Depuis un mois elle est devenue si vive que la marche est devenue pénible ; le repos n'amène pas la cédation des douleurs comme auparavant et la malade a des nuits d'insomnie. Elle a maigri en deux ans de 12 kilogs.

A l'examen, dans la station debout, on est frappé tout d'abord par la crispation des orteils en flexion, comme on l'observe dans le pied plat. La marche s'effectue normalement avec toutefois une diminution de l'appui du membre droit.

A droite : On constate les signes nets d'une synovite des tendons péroniers, sans chaleur, sans tuméfaction notable, sans adénopathie inguinale.

L'attention se concentre d'abord sur les articulations tibio-tarsienne et sous-astragalienne, qui paraissent normales.

On découvre alors, au-dessous et en avant de la malléole externe, l'existence d'un tubercule péronier du calcanéum anormalement développé. On soupçonne, en constatant l'étroitesse de l'espace entre la malléole péronière et ce tubercule, que le tendon du court péronier latéral puisse être comprimé.

A gauche : On perçoit la présence d'un tubercule saillant, mais la malade n'accuse aucun phénomène douloureux.

La radiographie du pied droit (fig. 7) révèle les dimensions anormales du tubercule externe du calcanéum et met en évidence l'étroitesse de la gouttière malléolo-trochléaire.

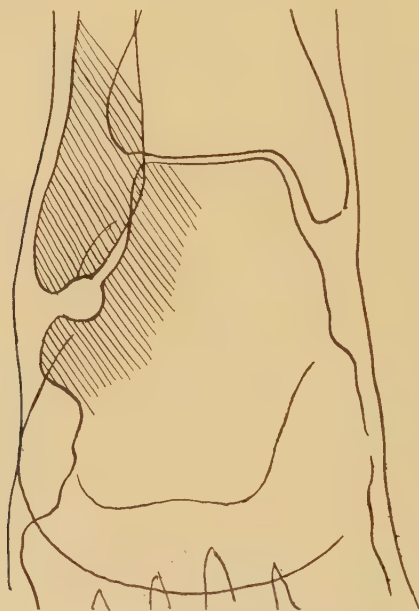


FIG. 7. — Radiographie (décalque)
Le rétrécissement de l'espace malléolotrochléaire
avant l'opération (pied droit)

En outre, le décalage des deux articulations du Chopard caractérise un premier degré de pied plat.

Intervention : 31 janvier 1929. (Prof. Agrégé Pollosson.)

Incision sous-malléolaire externe, suivant la direction des tendons péroniers au point saillant du tubercule. La région découverte est bordée par le ligament annulaire que l'on doit sectionner sur le tubercule. La gaine se trouve alors ouverte entre les deux tendons. Au ciseau on pratique l'abrasion du tubercule. La synoviale tendineuse paraît normale. Au niveau du contact du tendon court péronier avec l'hyperostose existe, sous le tendon, une languette tendineuse mince, comme un petit drapeau. On la sectionne.

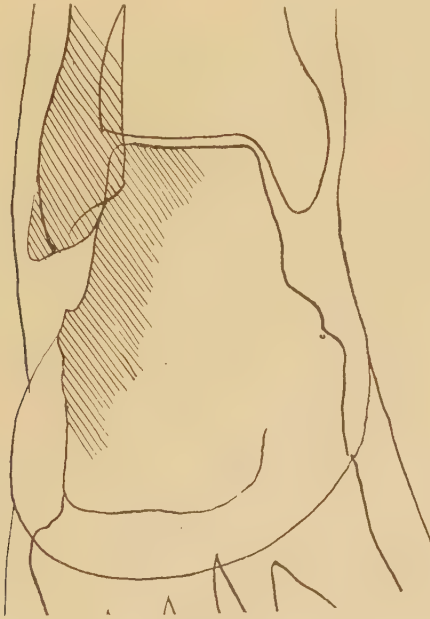


FIG. 8. — Radiographie (décalque)
Pied droit, après abrasion du tubercule externe.

Reconstitution de la gaine tendineuse par un surjet au catgut. Fermeture des téguments sans drainage.

Immobilisation en attelle plâtrée.

Les suites opératoires ne furent pas simples. Il s'installa, à bas bruit, une suppuration de la gaine des péroniers, qui

obligea à prolonger longtemps l'immobilisation en appareil plâtré. Ce n'est qu'au bout de trois mois que la malade put recommencer à marcher sans douleur.

Actuellement (février 1931), la cicatrice est souple, indolore. Le résultat est très bon. La malade peut faire de longues marches. Elle travaille debout et ne souffre plus. Elle a renoncé au port de semelles orthopédiques qui était douloureux.

La radiographie (fig. 8) montre sur le profil du calcanéum un espace sous-malléolaire convenablement agrandi.

OBSERVATION III

(Prof. Agrégé E. POLLOSSON, *Soc. de Chir. de Lyon*,
12 févr. 1931.)

Une jeune fille de 20 ans fut opérée en mars 1929 pour des ongles incarnés. Après guérison elle se plaignit de souffrir des deux pieds avec irradiation de la douleur dans le mollet. On constate un léger degré de pied plat des deux côtés.

On ne pratique pas de radiographie. On perçoit à droite et à gauche la présence d'un tubercule externe du calcanéum saillant, voisin de la malléole péronière.

Pas de signe de synovite.

Soulagement considérable par le port de perfect supports.

Conclusions

On peut observer, en relation avec un tubercule externe du calcaneum exubérant des accidents douloureux du côté des tendons péroniers et de leur gaine.

Ils sont dus au coincement mécanique de la coulisse tendineuse entre la malléole péronière et le tubercule externe de calcanéum.

L'exubérance du tubercule externe du calcaneum (crête de séparation des péroniers paraît être sous la dépendance du pied plat valgus douloureux de l'adolescence).

Le port d'une semelle de Whitman suffit, dans la plupart des cas, à faire disparaître les troubles douloureux. Les cas rebelles sont justiciables de l'abrasion du tubercule externe du calcaneum.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	TIXIER.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 24 Février 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

PARTIE ANATOMIQUE

- ALBINUS. — Taboulae sceleti et muscolorum corporis humani (*Lugd. Bat.*, 1747).
- BUDDE M. — Zur Pathologie des Processus trochlearis calcanei, *Med. wiss. Ges. a.d. Univ. Köln* v. 2 11 1923. Bericht in *Münch. Med. Wochenschr* 1923.
- GRUBER W. — Ueber den eine Tierbildung repräsentierenden und über den exostotisch gewordenen Processus trochlearis calcanei (*Arch. f. pathol. Anat.* 70, 128-132, Berlin 1877).
- HYRTL I. — Ueber die Trochlearfortsätze des menschlichen Knochen mit 4 Tafeln.
Denkschriften der Akad. Wien, Mathem. naturw Kl. III, IIf, 1. 18, 141-149 (156) 1860 (Dasselbst 13 historische literaturangaben).
- LAIDLAW P. — The varieties of the os calcis (*Journal of Anat.* 38 P 2.S, 138 bis 142 London 1903).
- OERTEL O. — Diskussionsbemerkungen zum Vortrag Budde. (*Med. wiss. ges. a.d. Univ. Köln* v. 2, 11, 1923). *Münch Med. Wochenschr* 1923.

PFITZNER W. Beiträge zur Kenntniss des menschlichen extremitätenskelettes.

VII : Variationen im Aufbau des Fussgelenkes
Schwalbes morphol. Arb. 6, 414-418, 1896.

TESTUT L. — *Traité d'anatomie humaine.*

POIRIER. — *Traité d'anatomie humaine.*

WEINDENREICH Fr. — Der Menschenfuss 102 abb (155 literaturangaben). *Zeitschr. Morphol. u. Anthropol.* 21, Heft I und II.

— Ueber formbestimmende Ursachen am skelett und die Erbllichkeit der Knochenform : *Autoref. in Verhanl. d. Anat. Ges. Erlangen* 1922.

CLAP L. — Volumineuse apophyse trochléaire du Calcaneum. *Bulletins de la Soc. Anat.* (Page 654, Tome XVIII, année 1920).

STIEDA L. — Veber sekundäre Fusswurzelknochen. *Arch. f. Anat. Physiol. wiss Med.* 1869-S. 108-111. Trigonum-Cuneiforme I bipartum. Calcaneus secundarius.

— Der M. peroneus longus und die Fussknochen ibidem S. 600-607, 624-640, 652-661. *Processus trochlearis calcanei.*

MORESTIN H. — Note pour service à l'anatomie du Calc. *Bul. de la Soc. Anatomique de Paris* (Bl. 69, 1894 P. 737-742).

GRUBER, WENZEL. — Veber einen neuensekundären Tarsalknochen. Calcaneus sekundarius mit Bemerkungen über den Tarsus über hapt. Calcaneus secundarius. Cuboides secundarium. Coalescentia cubo-navicularis. (*Virchow's Arch.* Bl. 70 1877. S. 128-132. Tafel III).

- MOUCHET A. et MOUTIER G. (Paris). — Osselets surnuméraires du Tarse (ossa tarsalia). *Presse Médicale* N° 23, 21 mars 1925, p. 369-375.
- JEAN G. (Toulon). — Anomalies de l'architecture calcaneenne. *Bull. et Mein. de la Soc. Anat. de Paris*, novembre 1925, P. 234-236.
- WEIDENREICH Fr. — Ueber formbestimmende Ursachen am Skelett und die Erbllichkeit der Knochenform. *Autoref. in Verhanl. d. Anat. Ges. Erlangen* 1922.
- CLAP L. — Volumineuse apophyse trochléaire du Calcaneum. (*Bull. de la Soc. Anat.* p. 654, Tome XVIII, année 1920).
- MOUCHET et BELOT. — Un cas curieux de développement anormal de certains os du tarse (Tarsomégalie). *Bull. de la Soc. de Radiologie Médical*, juin 1926, N° 130, p. 121.

PARTIE CLINIQUE

- BONNET P. — Des accidents douloureux que l'on peut observer du côté des péroniers latéraux, en relation avec un tubercule externe du calcaneum exubérant. *Soc. de Ch. Lyon*, 12 fév. 1931.
- POLLOSSON E. — Des accidents douloureux des péroniers latéraux, en relation avec un tubercule externe du calcaneum exubérant. *Soc. de Ch. Lyon*, 12 fév. 1931.

TABLE DES MATIÈRES

<i>Introduction</i>	9
<i>Le tubercule externe du calcanéum :</i>	
<i>Anatomie</i>	11
<i>Symptomatologie</i>	17
<i>Pathogénie des troubles douloureux</i>	19
<i>Diagnostic</i>	23
<i>Traitement</i>	25
<i>Observations</i>	27
<i>Conclusions</i>	33
<i>Bibliographie</i>	35



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON

LYON



